痴呆性老人に対する在宅ケアの在り方

—デンマーク、英国の現状から—

中山 博文* Olsen, T. S.** Macdonald, A. J. D.***

デンマークおよび英国における痴呆性老人に対する在宅ケアの在り方について現状分析し、それぞれの問題点について検討した。

両国において痴呆性老人に対する在宅ケア供給体制は基本的には共通しており、痴呆が軽度で問題行動がない場合は自宅に居住し、一般的在宅ケアを受け、重症化あるいは不安、幻覚、譫妄、興奮等の問題行動が生じた場合、老年精神科の介入を行い、特別養護老人ホームへの入居、病院への長期入院、老年精神科地域ケアによる在宅管理を受ける、というものである。デンマークでも英国でも老年科の積極的介入は認められなかった。

このような両国における痴呆性老人在宅ケア供給体制にいくつかの問題点が認められた。

- 1) 痴呆ケアと一般在宅ケアの基本的相違：一般在宅ケアは日常生活動作の介護に重点を置いており基本的には患者によってそれまで遂行されていた機能を在宅ケアが代行するものである。しかし、痴呆ケアに対する近代的アプローチは患者の自立を最大限引き出すことであり、基本姿勢に根本的相違がある。
- 2) 痴呆の診断、予後評価の重要性：痴呆の中に治療により改善するものがあることを考えると、専門家による対応を整備し、早期発見に適した立場にいる一般在宅ケア従事者を教育することが重要である。
- 3) 医療-福祉連携としての在宅痴呆ケア：デンマークにおいても英国においても、在宅ケアを担当している社会的サービス部門と老年精神科が属する保健部門には隔たりがあり、その背景に行政的、文化的、歴史的相違の存在が示唆され、今後わが国における連携の実態や問題点の検討が必要となるであろう。
- 4) 家族に対する支援：初期の痴呆性老人に対する在宅ケアにおいて家族の果たす役割は大きく、公的な在宅ケアと家族による介護の協調が重要である。また、家族にとっての痴呆老人の介護負担は大きく、その軽減をはかる必要がある。

キーワード：痴呆性老人、在宅ケア、デンマーク、英国、医療福祉連携

*国立大阪病院内科医長

**Consultant, Dept. of Neurology, Bispebjerg Hospital, Denmark

***Clinical Director, Lewisham & Guys Mental Health Trust, UK

1. はじめに

わが国における痴呆性老人の比率は、65歳以上高齢者の約7%¹⁾を占め、今後人口の高齢化に伴い、痴呆性老人が増加することが予想される。高齢者のQuality of life (QOL) および社会経済的観点から、これらの痴呆を伴う高齢者をできるだけ在宅でケアすることが適切であると思われ、今後痴呆性老人に対する在宅ケアの重要性はますます大きくなる。

痴呆性老人の在宅ケアは、1) 高齢者在宅ケアの一部、2) 痴呆という老年期精神病を持つ高齢者に対する在宅ケア、という2つの位置づけが可能であり、わが国においては両方の観点からアプローチがなされてきたが、どちらに比重を置くのか、両者をどのようにコーディネートするのかについて十分に検討されていない。

われわれは、在宅ケアに重点を置いて「福祉先進国」と呼ばれてきたデンマーク²⁾と、「揺りかごから墓場まで」と言われた社会福祉を築き、1991年には保健医療サービスに大胆に市場メカニズムを導入した英国³⁾における痴呆性老人に対する在宅ケアを検討することにより、両国における問題点を明らかにし、今後のわが国における対応方針を検討することを目的としている。

デンマークについての分析はコペンハーゲンのBispebjerg Hospital神経内科のOlsenが、英国についての分析はロンドンのLewisham & Guys Mental Health TrustのMacdonaldが中心に行った。

2. デンマークにおける痴呆性老人ケア

1) デンマークにおける痴呆の有病率

正確な痴呆の有病率は知られていないがデンマーク高齢者協会 (Aeldresagen) は、1992年の重症痴呆性老人数は3万2千人から4万8千人と推定している⁴⁾⁻⁶⁾。2011年にはデンマークの人口550

万人のうち26%が65歳以上になり、重症痴呆性老人の数は4万から5万3千人に増加すると見られている。軽症も含めると1992年の痴呆性老人の数は5万6千人であると推定され、2011年には8万5千人になると見られている。また、コペンハーゲン在住の高齢者に関する調査によると、在宅の76~77歳高齢者の10%以上が軽度から中等度の痴呆である。一方、コペンハーゲンの在宅ケア・チームによる調査によると在宅ケア利用者の3%、家庭医の調査によると65歳以上の患者の5%に痴呆があると報告されている。

2) 痴呆のケア・コスト

デンマークの痴呆性老人数を3万人と推定すると、年間の支出は78億クローネ(約1.6兆円)と概算される。その内訳を表1に示す。

デンマーク高齢者協会は痴呆性老人のケア・コストが2011年には88億から154億クローネと予測している。

3) 痴呆性老人の居住場所

デンマークでは痴呆性老人の50%は自宅で、40%は特別養護老人ホームに、10%は精神科専門特別養護老人ホーム、精神病院、一般病院で居住している(表1)。

表1 デンマークにおける居住場所別痴呆性老人数と経費

居 住 場 所	人 数	経 費
在宅	15,000	18 (億クローネ)
通常の特別養護老人ホーム	12,000	36
精神科特別養護老人ホーム	2,000	7
精神病院	1,000	6
一般病院	2,000	11
合 計	32,000	78

4) 在宅痴呆性老人

在宅ケアを受けている痴呆性老人を対象にした調査によると、50～80%は自宅で独居しており、これらの在宅痴呆性老人は在宅ケア・サービスと近親者によるケアに依存している。コペンハーゲンの一般在宅ケア利用者の77%は1週間に1～3時間の在宅ケアを利用しており、週12時間以上の利用者は4%のみであるが、痴呆性老人においては、週1～3時間の利用者は21%のみで、週12時間以上は25%にのぼる。また、痴呆性老人の40%は食事の宅配サービスを利用しているのに対し、非痴呆性老人においては9%であった。

痴呆性老人の日常生活動作能力は著明に低く、特に女性において顕著である。コペンハーゲンにおいては、女性の痴呆性老人の70%は自分で洗髪できず、30%は靴や靴下を自分ではけない。女性の痴呆性老人の50%以上は調理、手紙書き、買い物、友人招待等の少し高度な日常生活動作（拡大ADL）を行っていない。コペンハーゲンにおける高齢女性全体においては90%以上が客を招いて調理していることと比較すると、その違いは顕著である。

訪問看護の利用者においては18%が痴呆性老人であり、一般在宅ケア利用者における10%という比率と比べると、高率である。痴呆性老人が独居している場合、在宅ケアの平均利用時間は週12～14時間で、配偶者と同居の場合、週8時間である。コペンハーゲン内の5つの管轄区分内の痴呆性老人に対する在宅ケアの内容は均質ではなく、これは首都コペンハーゲンのみならずデンマーク全国についても当てはまることである。コペンハーゲン市内のいくつかの管轄区分においては痴呆性老人に対する在宅ケアは非痴呆性老人に対するものと異なり、痴呆性老人は、通常同じホームヘルパーが介護し柔軟に対応するよう配慮されている。

5) 痴呆性老人に対するデイサービス

コペンハーゲンのデイホームでは、高齢者に対

して給食、入浴等のデイサービスを提供しており、ほとんどのデイホームでは痴呆性老人のための特別プログラムとして、知的刺激、音楽、調理、その他の趣味の活動、遠足等を行っている。デイホーム利用者の40%は中等度あるいは高度の痴呆を持っている。デイホームは1日当たり平均34人が利用し、1人平均週18時間をデイホームで過ごしている。コペンハーゲンのデイホーム利用者の60%弱が独居で、在宅ケア利用者全体における独居率80%に比べると低い。

6) 特別養護老人ホームの痴呆性老人

デンマークの多くの地域では、特別養護老人ホームは痴呆性老人に最適の場所と考えられている。このことはデンマークの半数の市において、痴呆性老人の介護必要性が増したときに、好んで普通のあるいは精神科専門の特別養護老人ホームに紹介することからわかる。

最近、コペンハーゲンでは特別養護老人ホーム居住者の45%が痴呆を持っていることが明らかにされた。デンマークの特別養護老人ホームの約15%に痴呆性老人のためにデザインされたいわゆる保護ユニット（protected unit）が設けられている。多くの場合、痴呆性老人は他の非痴呆性老人と混ざって居住しており、昼間だけ痴呆性老人ケアの需要に応えられるよう特別にデザインされた保護ユニットで過ごしている。これらのユニットからは将来性のある結果がでてきている。

2～3の地域では痴呆性老人が、24時間在宅ケア・スタッフの常駐下に共同で居住する特別なアパートが試みられている。このケア方式は、スウェーデンでの成果の影響を受けたものであるが、これは将来の痴呆性老人ケアの可能性の一つであろう。

7) 痴呆性老人と家族

すでに述べたように、コペンハーゲンでは痴呆性老人の50%は自宅に住んでいる。それ故、彼らは親戚からのなんらかの介護に依存しており、非

痴呆性老人に比べると、親戚との接触が多い。非痴呆性老人においては45～50％が調査時点から1週間以内に子供に会っていたのに対し、痴呆性老人では60～80％が会っていた。

8) 家庭医と痴呆性老人

ほとんどすべての家庭医は痴呆性老人を在宅ケアとデイサービスに紹介している。75％以上の家庭医は介護者（通常配偶者）が休養を必要とする場合や介護者が入院した場合、数週間施設におけるショートステイに紹介する。夜間の介護負担が大きい場合には夜間に限って介護サービスを提供し、家族を休ませるという方法も時にとられている。家庭医は痴呆性老人に対する食事の宅配の手配も行っている。介護者の一時的休養のための施設は通常、特別養護老人ホームであるが、そのためのベッド数は3％にすぎず、需要に十分応えられない現状である。

家庭医の患者調査と地域における高齢者を対象とした調査で痴呆性老人の比率に相違があることは注目すべきである。家庭医が受け持っている痴呆性高齢者の半数以上が痴呆と診断されていない可能性が最も高い。在宅ケア・スタッフについても同様のことが言える。

9) 痴呆性老人の診断、予後評価

コペンハーゲンにおける在宅ケア・チームの報告によると、在宅ケアを利用している痴呆性老人の40～50％は家庭医、病院の老年科等にて医学的評価（以下「痴呆のサブタイプの診断と予後評価」を意味する）を受けている。その約半数は、訪問看護婦あるいは家族が医療機関受診の必要性を認め、痴呆の疑われる高齢者を受診させたものである。したがって、在宅ケア・チームは医学的評価を受けさせる上で積極的役割を果たしている。デイサービスを受けている痴呆性老人においては、約60％が医学的評価を受けている。コペンハーゲンの家庭医に痴呆性老人とみなされている高齢者

においては、40％が医学的評価を受けている。医学的評価は大部分の場合、一般病院あるいは家庭医自身によって行われており、精神病院で行われるのは約10％にすぎない。

以上の報告から推測すると、大部分の痴呆性老人（おそらくコペンハーゲンの痴呆性老人の75％以上）は、医学的評価を受けていない。痴呆症状を持つ患者の最低10％は治療による改善が期待されるという事実から考えると、治療可能な多数の痴呆が見のがされていると思われる。

10) 痴呆性老人のための病院および地域ケア・チーム

痴呆性老人の極少数（約7％）が病院に滞在しており、その多くは特別養護老人ホームの空き待ちである。病院入院中の痴呆性老人の半数は精神病院にあり、残りは一般病院に入院中である。

痴呆性老人の評価と治療のための病棟を持つ老年科は数少ないが、今後増える可能性がある。コペンハーゲン市では現在Sundby病院に1病棟あり、評価、短期・長期治療が行われており、今後Bispebjerg病院に評価と短期治療専門の病棟が計画されている。

老人性痴呆の組織化された評価と治療の大半は老年精神科にて行われる。デンマークの16県中10県とコペンハーゲン市において18の老年精神科があり、病院ベッド数は360床である。2～3の病院はデイケアも行っている。高齢者の自宅へ往診に出かけていく老年精神科チームは通常これらの病院の老年精神科と連携している。これらのチームへの患者紹介は通常家庭医からで、チームのメンバーは老年精神科医、看護婦、ソーシャルワーカーから成り、時として作業療法士や心理士も含まれている。往診チームを含めた老年精神科サービスの対象は不安、鬱状態、錯乱、攻撃性等の精神科的問題を持つ痴呆性老人である。精神科的問題を持たない痴呆性老人は対象となっていない。これらの老人は通常の在宅ケア・チームと家庭医

によってケアされている。地域ケアを行っている老年科チームはデンマークにおいては設立されていない。

11) その他の試み

近年痴呆, 特にアルツハイマー型痴呆に対する関心は大きく, いくつかの研究プロジェクトが進行している。「コペンハーゲン在住高齢者の痴呆と日常生活動作機能」は, コペンハーゲンのBroenshoej Husemに住む1915年から1918年の間に生まれた高齢者から無作為抽出された1,267名を訪問して, 痴呆と機能について評価するもので, 痴呆が疑われた場合はBispebjerg病院にて検査を行い, 必要に応じて治療も行うものである。

もう一つの進行中のプロジェクトは痴呆電話相談であり, これを用いて患者, 家族, 痴呆介護の職に従事する者, 学生等が痴呆問題に関して情報や助言を求めることができる。

近年いくつかの県では医療関係者や在宅ケア・スタッフを対象とした痴呆に関する教育プログラムが設立され, 看護婦や作業療法士が100時間のセミナーを受講し, その後の試験に合格すれば「痴呆コーディネーター」の資格を与えられるようになった。現在約200名の「痴呆コーディネーター」がおり, 専門家として活用されている。

12) デンマークの痴呆性老人ケア要約

痴呆性老人のケアは, 在宅ケア・チーム, 訪問看護婦, 家庭医, デイサービス, 特別養護老人ホームがまず第一に対応し, 精神科的症状が出現したときに, 二次的に老年精神科治療システムが起動され, 通常の老年精神科的治療あるいは老年精神科在宅治療チームによる治療が行われる。老年科の痴呆性老人を対象とした病棟ははるかに少ない。しかしながら, 痴呆に対する関心は老年精神科でも老年科でも高まりつつある。

3. 英国における痴呆性老人在宅ケア

まず, ロンドン南東部Lewisham地区における老年精神科を中心とした痴呆性老人在宅ケア・システムについて述べ, 次に在宅ケア全体におけるその位置づけについて述べる。

1) ロンドン南東部における老年精神科を中心とした痴呆性老人在宅ケア

このプロジェクト⁷⁾は, ロンドンのLewisham地区の行政当局とGuy's病院老年精神科との協力により1983年に開始された。この地域の人口は31万9千で, 65歳以上の老人が16%を占め, 多人種, 高失業率(男性失業率25%)に特徴づけられる貧しい地域である。1990年に行われたLewisham地区の在宅ケア利用者を対象とした調査によると, 痴呆の有病率は15%であった。

英国においては1980年代から精神病院が徐々に閉鎖されており, それに代わる在宅ケアと新たな施設ケアが必要となり, このプロジェクトが開始された。

このシステムは以下のようにデザインされている。

- ・医学的, 心理学的, 社会的困難についての評価を迅速かつ容易に受けられる。
- ・包括的な診断, 治療, リハビリテーション。
- ・患者とその家族・介助者に対する在宅支援。
- ・必要に応じて適切な住居を見つけるべく援助する。
- ・長期クライアントに対しては定期的に再評価を行う。

このシステムの概要を図1⁸⁾に示す。英国では通常専門医への紹介は一般医(GP)を通じて行われるが, このシステムにおいては誰でも紹介者になれるため, 自ら一般医を受診できないような一人暮らしの老人でも, その家族や隣人が老年精神科コミュニティチームに連絡すればその往診を受けることができる。コミュニティチームは精神

図1 ロンドン南東部Lewishamにおける老年精神病地域ケア・システム

科医、精神科専門看護婦、作業療法士、ソーシャルワーカー等から構成されており、紹介があればメンバーが患者の家に外向き、病歴聴取を行い、病状および緊急度についての評価を行う。その結果はミーティングで報告され、診断・治療方針が決められる。メンバーの1人がキーワーカーになり、その患者を定期的に訪れて治療効果の評価を行い、必要に応じて再度ミーティングにはかっている。在宅での対応が不可能な場合はHither Green病院Elizabeth病棟へ入院させ、そこで診断と急性期の治療を行い、すみやかに退院させた上で在宅レベルの対応に戻す。さらに、緊急の事態（自殺の可能性の高い鬱状態、譫妄、興奮状態等）に対応するために、日中は2人のチームメンバーが当直にあたり、緊急往診を行っている。また、夜間はHither Green病院内科当直医が対応している。老年痴呆の場合、患者の病識がないので、強制入院が必要な場合もしばしばあり、その場合は精神衛生法（Mental Health Act 1983 Section 2/3）に基づき、GP、ソーシャルワーカー、精神科専

門医の合意のもとに強制収容が執行されている。

1991年にコミュニティチームに紹介された患者866名の内訳は痴呆43%、鬱病23%、非精神疾患10%、不安5%、残りは分裂病、妄想状態等であった。紹介元はGP57%、ヒザーグリーン病院18%、一般在宅ケア・スタッフ7%、残り18%は家族、ソーシャルワーカー、患者自身からであった。1991年に入院治療を受けた患者は231名でその内訳は鬱病41%、痴呆28%、妄想状態8%、分裂病8%などで、このうち57%はその後自宅に退院して在宅レベルのケアを受けることが可能となっている。

1991年末までのこのプロジェクトに対する評価によると、このシステムにより、病院のベッドや長期療養施設の使用が減少し、患者1人当たりのケア・コストの減少をもたらしている、との結果がでている。精神病院では平均£442/週であったのに対し、コミュニティケアでは平均£195/週であった。

さらに、このプロジェクトは1984年より重症痴呆患者のための小規模老人ホーム（ドームス、DOMUS）建設計画を並行して開始しており、現在3つのドームスが利用されている。このドームスがわざわざ新たに概念構築され建設されたのは、過去の精神病院における老人の虐待や低いQOLを繰り返すことのないように、との配慮によるものであった。

ドームスは老年痴呆患者のための小規模住居施設（12～16名/施設）であり、その運営哲学（DOMUS PHILOSOPHY）は以下のとおりである⁸⁾。

- ・ドームスは居住者の一生の住居である。
- ・スタッフの必要とするものは居住者のそれと同じく重要である。
- ・痴呆のもたらす結果の中で避け得るものは修正し、不可避的なものは受け入れることを目指す。
- ・居住者個人に心理的また感情的に必要なこと

図2 ロンドン南東部Lewishamにおける在宅ケア

（1996年3月）

は、身体的ケアよりも優先する。

このような哲学に基づき、入居者には個室を提供し、個人のライフスタイルを尊重すべく運営されている。ドームス居住者と精神病院老年精神科病棟の入院患者との比較研究ではドームスの居住者のほうが活動性が高く、居住者・スタッフ間のかかわりも多いことが明らかにされている⁹⁾。

このロンドンレイシャム地区における老年精神疾患に対するケア・システムは以下の点において、今後日本にとって参考になるとと思われる。

- ・日本における急速な人口の高齢化は都市部における一人暮らしの高齢者の急増をもたらし、老年精神疾患を持つ患者も急増すると思われる。したがってこのようなサービスの需要が大きくなると推測される。
- ・患者自身のquality of lifeにとって既存の施設ケアよりも在宅ケアのほうが優れており、在宅ケアを支えるにはこのようなケア・システムが必要と思われる。
- ・医療資源の有効利用、経費削減という点からも在宅ケアのほうが既存の施設ケアよりも優れている可能性がある。
- ・重症痴呆患者のための施設ケアについては、

その規模、運営方針がケアの質に大きな影響を与える。

2) 在宅ケアにおける痴呆性老人ケアの位置づけ

図2に現在の主要な在宅サービス組織を示す。簡単のために足病治療や聴覚障害治療などは省略している。一般的在宅ケアが痴呆性老人在宅ケアの「最前線」に位置しており、高齢者在宅介護として遂行されている。精神科専門的ソーシャルワークと老年精神病コミュニティチームを除いて、このサービス供給体制は北アイルランドを除く英国本土全域に見られるものである。

以下このサービス供給体制を構成する地方自治体による社会的サービスと保健局による保健サービスについて述べる。

3) 地方自治体によるサービス

a) ホームヘルプ

社会的サービス内においては、非熟練在宅ケア労働者によって供給される在宅ケアは人口の高齢化に伴って増加の一途をたどっている。英国における在宅ケアは伝統的にもっぱらADL障害と関連しており、在宅ケア利用者における痴呆の有病

率は上昇しているにもかかわらず、在宅ケア労働者の痴呆に対する認識は低い¹⁰⁾。在宅ケア労働者の痴呆対応能力の訓練は、人材不足と在宅ケア労働者側の「痴呆は自分たちの問題ではない」という意識により妨げられている。

b) 精神科専門的ソーシャルワーカー

精神科専門的ソーシャルワーカーにおいて、例外はあるものの、長年にわたって、高齢者、とりわけ痴呆性老人は無視されてきた。ソーシャルワーカーは1980年代幼児虐待問題のための立法・規制の影響を大いに受け、その時期に多くの地方自治体は精神科専門的ソーシャルワーカーを病院の精神科と老年科から引き上げた。しかしながら、近年Lewisham地域のように保健サービスと地方自治体サービス間の円満な関係が維持され、保健チームと高齢者および老年精神病患者のための精神科専門的ソーシャルワークの緊密な接触が比較的無傷であったところでは、この政策の不都合が明らかに becoming である。

4) 保健局によるサービス

a) 老年科

老年科は痴呆性老人在宅ケアにおいては積極的役割を果たしておらず、当初長期滞在型病院において作られたそのアイデンティティを失う危険にさらされている。

b) 老年精神科

老年精神科は常に地域性を強調し、在宅で患者を管理してきた。すべてのサービスがこの考えにのっとって行われているのは老年精神科のみであり、Lewisham地区とNorth Southwark地区にその実例が見られる。

c) 一般医

国民保健サービス(NHS)において、概念的には一般医は独立契約者の地位を持っており、彼

らは給与払いではなく登録患者頭割りの収入を得ており、在宅ケアへの関与も個人差が大きく、まめな往診によって健康管理を行う者から、1年半ごとに往診し、危機的状況のみに対応する者まである。最もすぐれた一般医は、在宅ケア・スタッフとコンタクトを持ち、責任をもって前向きに自分自身あるいは自分が自主的に雇用した看護婦が定期的に往診するようにしている。

d) 地区保健婦(District nurse)

地域保健サービスにおいて、地区保健婦は最も深く在宅高齢者ケアに関与している。一般医に付属しているこれらの看護婦は、一般医や病院の依頼に基づいて注射や服薬モニタリング、着替え等の看護業務を行う。多くは短期間の関与であるが、糖尿病や脳卒中後のような長期ケアにも関与している。地区保健婦と地方自治体の在宅ケア労働者との仕事の違いは曖昧である。

「国民保健サービス及びコミュニティ・ケア法」が1990年代初頭に制定される以前は、保健スタッフの専門領域をもとに地区保健婦と地方自治体在宅ケア・スタッフの仕事の区分が行われ、医師と看護婦の聖域以外は地方自治体の社会的サービス部門の領域とされた。後者のサービスは家事、買い物、洗濯、年金の郵便局からの引き出し、更衣の介助、食品の持ち帰り、請求書の支払い、外出時の移動支援等が中心であった。更衣、投薬に関連すること、失禁用おむつの供給、医療行為は地域保健サービスが行った。両者の区分は時として厳密すぎるほどに守られていた。たとえば、ホームヘルパーは、それを最もしやすい立場にある場合でも、内服薬を管理することを禁じられていた。保健スタッフが社会的サービスをするに対する規制がなかったことからわかるように、これらの区分は保健サイドの一方的ルールによって固く守られていた¹¹⁾。端的に述べると、地区保健婦が利用者のために買い物をするのは問題なく、ホームヘルパーが利用者の頭痛に対して鎮痛薬を与え

ることはできなかったのである。1988年のグリフィス報告¹⁰⁾と関連立法によりこの区分は線引きし直された。社会的ケアの内容は、平均的な介護をしている家族が行うと思われること、と再定義された。これによって社会的サービススタッフの役割を広げ、内服の管理、食事や入浴の介護、ケアのコーディネーションも行うようになった。同時に公的支出が削減され、長期的な非個人的サービスは徐々に中止されていった。たとえば、1996年1月からロンドン南東部のLewishamでは社会的サービス部門は清掃や家事を、その必要性の有無を問わず、もはや全くしなくなった。

e) 訪問看護婦 (Health visitor)

これら訪問看護婦に付託された仕事は子供のケアに関して母親にアドバイスを与えることと、高齢者の能力障害を予防することであるが、後者について強調されることは稀で、訪問看護婦の仕事の大部分は幼児ケアによって占められている。熱意をもって高齢者ケアに取り組む訪問看護婦は稀で、痴呆性老人の在宅ケアの主力としてあまり期待できない。

f) 老年精神病コミュニティチーム

先に述べたとおり、ロンドン南東部Lewisham地区においては、老年精神科は、それが保健サービスの一部であるにもかかわらず精神科専門的ソーシャルワーカーと連携し、一般的在宅サービスで対応できない痴呆性老人に対して、長期的在宅ケアを提供している。一般的在宅サービスで対応できない原因には、痴呆が重度であるために高度のケアを必要とする量的問題と、攻撃性等の異常行動による質的問題がある。このサービスは専門家による経費のかかるものであり、対象は45名である(地域の在宅ケア利用者で痴呆が認められる高齢者の12%以下)。

このサービスは次の点において特異的である。まず、保健当局と地方自治体との緊密な関係。こ

のプロジェクトにおいては、本来地方自治体の在宅ケアに属するケースマネジメントスタッフが、精神科専門的ソーシャルワーカーとして保健サービスチームの中に存在している。その他には、特別な寄付金によって開始され、公的には研究プロジェクトとみなされていることが特異的である。このサービスが費用便益が良く、施設ケアを減らせるという中間的結果が得られている。

5) 英国における痴呆性老人在宅ケア要約

英国において痴呆性老人の在宅ケアは、基本的には地方自治体の社会的サービス部門の一般在宅ケア従事者によって行われており、痴呆の重症化あるいは異常行動の出現により一般在宅ケアで対応しきれなくなった場合、老年精神科が対応している。ロンドン南東部Lewisham地区では老年精神科地域ケア・プロジェクトが行われており、ここでは地方自治体の社会的サービス部門に属するソーシャルワーカーと保健ケアに属する老年精神科が一つのチームを形成しており、緊密な連携が行われている。

4. デンマーク、英国の痴呆性老人在宅ケア・システムの問題点

これまで述べたことから、デンマークにおいても英国においても、痴呆性老人に対する在宅ケア供給体制は基本的には共通しており、痴呆が軽度で問題行動がない場合は自宅に居住し、一般的在宅ケアを受け、重症化あるいは不安、幻覚、譫妄、興奮等の問題行動が生じた場合、老年精神科的介入を行い、特別養護老人ホームへの入居、病院への長期入院、老年精神科地域ケアによる在宅管理を受ける、というものである。デンマークでも英国でも老年科の積極的介入は認められなかった。

このような両国における痴呆性老人在宅ケア供給体制に、以下いくつかの問題点が認められた。

1) 痴呆ケアと一般在宅ケアの基本的相違

デンマークでも英国でも一般在宅ケアは日常生活動作の介護に重点を置いており、基本的には、患者によってそれまで遂行されていた機能を在宅ケアが代行するものである。たとえば食事の宅配(meals on wheels)がそれである。しかし、このモデルは痴呆ケアにも適用できるのであろうか。痴呆ケアに対する近代的アプローチは患者の自立を最大限引き出すことであり、痴呆性老人のための在宅ケアは、患者の機能を代行するのではなく、患者の自立を助け、危険行動をおこさないかモニターすることを目指すべきではないだろうか。デンマークにおけるスウェーデンのグループ住宅に類似した試みや英国におけるDomusの試みはこのような痴呆ケアの特殊性に対応している。

ただし、このような特殊性に対応するためにはより専門的能力を要し、したがってより高価である。一般的在宅ケアの多数の低賃金の非専門的スタッフと少数の高賃金の専門的スタッフとのバランスを、費用便益の観点からうまくとらなければならない。今後、わが国において、痴呆性老人の増加に伴い、痴呆ケアに従事する専門的スタッフの教育・訓練が必要になることは明らかであり、より訓練されたスタッフを用いれば、より少ないマンパワーでより良いサービスを提供できる可能性がある。

2) 痴呆の診断、予後評価の重要性

デンマークにおいて痴呆性老人の大部分が医学的診断および予後評価を受けていないことを指摘したが、痴呆の中に治療により改善するものがあることを考えると、今後、わが国において、専門家による対応を普及させる必要がある。また、一般在宅ケア従事者が痴呆の早期発見や本人や家族に専門家受診をすすめるのに適した立場にいることから、一般在宅ケア従事者の教育も重要である。

3) 医療・福祉連携としての在宅痴呆ケア

初期は一般在宅ケアで対応し、その後は専門的介入を行うという方法には、当然のことながら、社会的ケアである一般在宅ケアと保健ケアとの連携が不可欠である。デンマークでは、訪問看護婦とホームヘルパーはいずれも市の管轄下にあり、両者で在宅ケア・チームを作っていることから、看護婦とホームヘルパーの連携は行いがすが、在宅ケア・チームと家庭医、そして家庭医と老年精神科医との連携にはギャップがある。

また、英国においては、1968年のシーボーム報告¹⁰⁾に端を発する社会的ケアと保健ケアの二分割が存在し、以下のような両者の幾つかの相違点がある。

まず、両者の文化的背景として、医療の影響が大きい保健局は、父権的(paternalistic)な医療モデルに基づいており、地方自治体の社会的サービスとは大きく異なる。加えて、地方自治体サービスは直接民主主義的にコントロールされているのに対し、保健局は直接的な住民からの影響を受けない。また、保健サービスは基本的に利用時には無料であるのに対して、地方自治体はサービスに対して課金することができる。さらには、1980年代と90年代に地方自治体と中央政府の間に大きな政治的緊張があり、幾つかの地方自治体にとって、中央政府の出先機関である保健局は攻撃の対象となった。

このように、デンマークにおいても英国においても、在宅ケアを担当している社会的サービス部門と老年精神科が属する保健部門には隔たりがあり、その隔たりは単に行政的区分であるのみならず、背景に文化的歴史的相違の存在が示唆され、今後わが国における連携の実態や問題点の検討が必要となるであろう。

4) 家族に対する支援

最後に、家族その他の私的介護者を注意深く考慮にいれなければならない。まず第一に、初期の

在宅ケアにおいて家族の果たす役割は大きく、公的な在宅ケアと家族による介護の協調が重要である。次に、家族にとっての痴呆老人の介護負担は大きく、その軽減をはかる必要性は明白である。

英国では在宅ケアは“代行”サービスであり、家族が介護できない時、あるいは、する意志がない時に提供されている。後者は特に家族が長期の介護負担に疲弊した後に起こることが多い。もし、より訓練を受けた在宅ケアが家族が疲弊しきってしまう前に提供されれば、痴呆性老人のための在宅ケアの見通しは著明に改善されるであろう。

5. おわりに

わが国において痴呆性老人の約7割は在宅であり¹⁰⁾、痴呆性老人に対する在宅ケアの重要性は言うまでもない。本研究において、デンマークおよび英国における現状から分析したように、痴呆性老人在宅ケアには特殊性があり、今後わが国においてもそれらの特殊性を配慮した上で痴呆性老人に対する在宅ケアの整備を進めるべきであると思われる。

謝辞

本稿は、平成5年度医療科学研究所研究助成および平成7年度厚生科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「痴呆性老人の在宅ケアの供給体制に関する研究」の助成を受けた研究成果の一部をまとめたものである。

参考文献

- 1) 大塚俊男, 1992, わが国の痴呆性老人の実態—痴呆の有病率を中心に—, IRYO, 46巻, pp951-957
- 2) 中山博文, 1994, 老いを自分の家ですごしたい, 保健同人社
- 3) 中西範幸, 多田羅浩三, ジョン・バトラー, 1994, 日本医事新報, 3685, pp43-46
- 4) Felbo O, Lindahl J, Svarre-Christensen, Hansen K, 1993, Conditions of the demented-What to do?, Aeldre Sagen, february, pp1-178
- 5) Schultz-Larsen K, Haaning M, Haaning S, Buss D., 1995, *The demented elderly at home*, Centre of research and development in the field of elderly, pp1-112
- 6) Danish gerontopsychiatry, *now and in the future*, 1995, Report from the Danish psychiatry society
- 7) Murphy E, Macdonald A, 1993, Mental Health Service for Elderly People, Guy's and Lewisham NHS Trust
- 8) Macdonald A, 1992, Home-based care management and the Domus: models of long-term care of elderly people with dementia and behavioural problems, Department of Health, Health Care Administration and Medical Divisions, In: *Long-term care for elderly people-purchasing, providing and quality*, London, HMSO, pp40-46
- 9) Lindsay J, Briggs K, Lawes M, Macdonald A, Herzberg J, 1991, The Domus Philosophy: A comparative evaluation of a new approach to residential care for the demented elderly, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol.16, pp727-736
- 10) Banerjee S, 1993, Prevalence and recognition rates of psychiatric disorder in the elderly clients of a community care service, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol.8(2), pp125-131
- 11) Macdonald AJD, Mann AH, Jenkins R, Richard L, Godlove C, Rodwell G, 1982, An attempt to determine the impact of four types of care upon the elderly in London by the study of matched groups, *Psychological Medicine*, Vol.12, pp193-200
- 12) Griffiths, R, 1988, *Community care: an agenda for action*, London, HMSO
- 13) Seebohm Committee, 1968, *Report of the committee on local authority and allied personal social services*, Cmd 3703, London, HMSO
- 14) 痴呆性老人対策に関する検討会報告書, 1994年, 厚生省

Home Care for the Demented Elderly — A Review of Danish and British Care System —

Hirofumi Nakayama, M.D, Ph.D.

(Chief doctor, Department of Internal Medicine, Osaka National Hospital, Japan)

Tom Skyhoeys Olsen, M.D., Ph.D.

(Consultant, Department of Neurology, Bispebjerg Hospital, Denmark)

Alastair John Douglas Macdonald, M.D., Ph.D.

(Clinical director, Lewisham & Guy's Mental Health Trust, UK)

Abstract

Danish and British home care systems for the demented elderly are critically reviewed. In both countries similar care systems are found : The elderly people with dementia are cared for at home by generic home care services provided as a social service as long as their dementia is mild and as long as they do not show any troublesome behaviors like anxiety, hallucination, delirium, excitation, etc. When dementia becomes too severe for the generic home care quantitatively or qualitatively, psychogeriatric interventions are initiated and the demented elderly may be moved to a nursing home, admitted to a hospital or placed under control of psychogeriatric community care. In neither Denmark or Britain are contributions from geriatricians to the home care of the demented elderly significant.

The following problems were found in both countries.

- 1) basic difference of approach between dementia care and generic home care: in generic home care, emphasis is focused on functional disabilities of the client, which are provided by home care staff. In dementia care, modern approach puts emphasis on the improvement of independence of the patient.
- 2) importance of medical evaluation of dementia: considering the fact that some dementias are treatable, specialist referral system should be available and home care staff, who are in a good position to find the elderly with very mild dementia in its early stage, need some education on dementia to find and refer these elderly.
- 3) dementia home care as coordination between medical and social services: both in Denmark and in UK, there are some barriers between the social department, to which generic home care belongs, and the health care department, to which psychogeriatric care belongs. These barriers may derive from the political, cultural and historical differences between these two departments in both countries. We may have similar problems in Japan and these may need further study.

4) family support : in the above described care system for the demented elderly, the role of family is important especially in early stages of dementia. Furthermore, the burden of family care is considerable so that social relief of the burden is necessary.

Key words : demented elderly, home care, Denmark, UK, coordination between medical and social services